



## LA FIGURA DEL PROFESIONAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA COMO MIEMBRO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN EXTREMADURA

*The role of the professional of physical education as a member of primary social and health care services in Extremadura*

### Alberto Blázquez Manzano

Coordinador del Programa de Dinamización Deportiva. Consejería de los Jóvenes y del Deporte. Junta de Extremadura. Mail: alberto.blazquez@juntaextremadura.net

Recibido: Marzo - 2009

Aceptado: Mayo - 2009

### Juana M<sup>ª</sup> Gutiérrez Caballero

Departamento de Psicología General de la UNED en Extremadura y Psicología del Plan Concilia Cruz Roja. Mail: jani@cruzroja.es

### Eulalio Ruiz Muñoz

Servicio de Coordinación y Promoción Sociosanitaria. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Mail: eulalio.ruiz@sc.juntaex.es

Correspondencia:

Mail: alberto.blazquez@juntaextremadura.net

### Resumen

En este artículo se justifica la necesidad del trabajo coordinado entre los profesionales de la actividad físico-deportiva y los de los servicios sanitarios, en Extremadura, con el objetivo de ofrecer el mejor servicio a la ciudadanía. Se incide en la importancia de concretar los tratamientos y de profundizar en el conocimiento de los recursos comunitarios para llevar a cabo un tratamiento más eficiente.

*Palabras clave:* Coordinación sociosanitaria, Dinamización deportiva, Autonomía personal, Paciente, Sedentario, Educación para la salud, Recursos sanitarios y comunitarios, Economía de la salud.

### Abstract

The aim of this article is to account for the necessity to work coordinated between both professionals of physical education and health departments to offer the highest quality attention to the citizens in Extremadura. The importance of being specific about treatments and the knowledge of available resources is emphasized to lead to more efficient results.

*Key words:* Social and health coordination, Dynamized sports, Personal autonomy, Sedentary, Health education, Social and health resources, Health economics.

### Análisis normativo de la dependencia y su relación con los profesionales de la actividad físico-deportiva

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, recoge en el artículo 3 los principios inspiradores de la misma, donde en su apartado

I se concreta la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecidos en la citada Ley y en las

correspondientes normas de la Comunidad Autónoma, así como las aplicables a las Entidades Locales.

En su artículo 14 se recogen como prestaciones de atención a la dependencia, los servicios y prestaciones económicas destinadas a la promoción de la autonomía personal y a la atención de las necesidades de las personas que presentan dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Por su parte, el artículo 21 establece cuáles son los servicios de prevención de la autonomía personal, entre los que se encuentran los de prevención de la situación de dependencia, indicando que *tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos*. Con este fin, es el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el órgano encargado de adoptar criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deben cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia elaborados por las Comunidades Autónomas, teniendo una especial consideración a los riesgos y actuaciones destinados a las personas mayores. Esta normativa se aleja del concepto tradicional de salud como ausencia de enfermedad y se acerca más al propugnado por la Organización Mundial de la Salud en 1946 como *el completo estado de bienestar psíquico, físico y social*. Esta definición, que entró en vigor en 1948, fue adoptada en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York el 22 de julio de 1946.

Podríamos considerar que los programas de actividad físico-deportiva orientados a la salud podrían encajar perfectamente, como parte de esa estrategia de prevención de la situación de dependencia.

En el caso de Extremadura, y atendiendo al Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura se establece la necesidad de realizar una acción conjunta desde los sectores social y sanitario, en el que cada sector ayude a delimitar competencias y desarrolle coordinadamente todos los servicios necesarios para aportar una respuesta a las necesidades de la ciudadanía (Consejería de Bienestar Social, Sanidad y Consumo, 2006). Para ello, es preciso organizar un sistema de servicios coordinado, con procesos bien definidos y caracterizado por prestar una atención integral, interdisciplinar y global.

El concepto de *atención sociosanitaria* está asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente situaciones de dependencia y patologías crónicas, y que tengan necesidad de cuidados tanto personales como sanitarios al mismo tiempo.

De la complementariedad entre los sistemas de protección social y sanitario en la atención a la situación de dependencia y a las patologías crónicas surgen nuevos recursos sociosanitarios. Estos se clasifican en tres tipos básicos en función de la intensidad y la continuidad de los cuidados, dos de ellos nuevos en nuestra Comunidad Autónoma y un tercero ya existente en el catálogo de servicios de la Consejería de Sanidad y Dependencia:

1. Unidades de Cuidados Sanitarios Intensos y continuados destinados a personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieran cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a

mejorar la calidad de vida. Son los denominados Tipo 1 (T1).

2. Unidades de Atención sanitaria continuada a personas dependientes que requieren cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes y que necesiten cuidados o supervisión prolongada dentro de un contexto sanitario. Son los denominados Tipo 2 (T2).

3. Centros de Atención a la Dependencia, destinados a personas que requieren de recursos residenciales de atención y rehabilitación de la dependencia. Son los denominados Tipo 3 (T3).

Para entender mejor los recursos sociosanitarios, podemos representarlos en el siguiente gráfico (Figura 1) donde éstos se articulan en función del grado de autonomía personal y del nivel de cuidados que precisan.

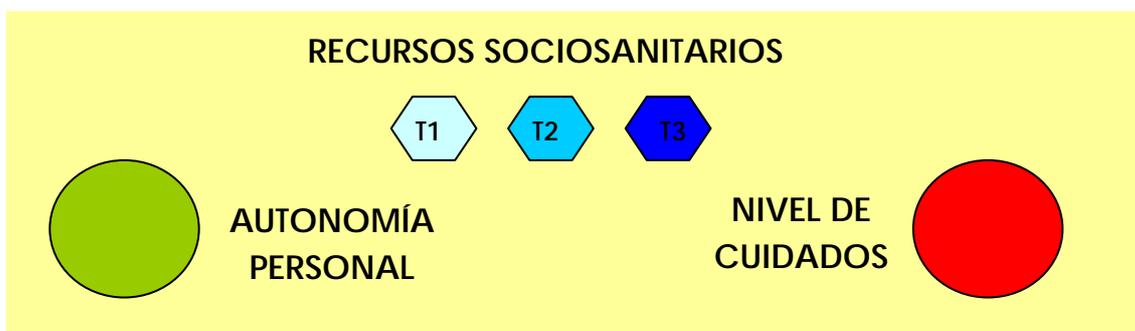
Si atendemos al Decreto 7/2006 que regula en Extremadura la estructura de la coordinación sociosanitaria modelo T2, observamos los siguientes elementos:

- Comisión Sociosanitaria Comunitaria.
- Comisión Sociosanitaria de Zona.
- Comisión Permanente Intersectorial.
- Comisión de Seguimiento del Plan Sociosanitario.

Dentro de esta estructura nos vamos a centrar en la Comisión Sociosanitaria Comunitaria, por ser la más cercana a la ciudadanía. En el artículo 6 se establece la siguiente composición mínima de esta comisión:

- Un representante del Equipo de Atención Primaria de Salud.
- Un Trabajador Social del Servicio Social de Base.

En el punto 2 de este artículo se indica que podrán incorporarse a los trabajos de esa Comisión aquellos profesionales, que se estimen necesarios, en función de la naturaleza del caso a tratar. En el punto 3 se detalla que, en las reuniones de la Comisión Sociosanitaria Comunitaria y a requerimiento de ésta, podrán participar todos aquellos profesionales, representantes de asociaciones u otras personas, que puedan resultar de interés para afrontar los problemas concretos que se planteen. Por todos ello, podemos concluir que este articulado apoya normativamente la incorporación de los profesionales de la actividad físico-deportiva, por su vinculación directa con la mejora de la salud y por la valiosa información que pueden aportar al equipo sociosanitario que puede ayudar, si es necesario, a reorientar el abordaje de determinadas patologías crónicas.



## Diagnóstico actual de la salud con respecto a la actividad físico deportiva en Extremadura

En la actualidad, son numerosos los esfuerzos para poner a disposición de la ciudadanía extremeña recursos sanitarios de forma equitativa y eficiente, que tratan de dar respuesta a la gran demanda que se hace de los mismos en todo el Estado. Así, reflexiones como la de Guillem López i Casasnovas (1992), nos sirven para prestar atención sobre este tema. Las demandas actuales de los servicios sanitarios podrían ser debidas a numerosas causas, entre las que, a modo de ejemplo, podrían citarse el incremento de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población. La escasez de profesionales sanitarios es un hecho que dificulta dar una respuesta óptima a este problema. Una estrategia que permitiría afrontar estos retos podría ser diversificar los esfuerzos, considerando como complemento al sistema sanitario determinados recursos humanos, entre los que se encuentran los técnicos deportivos de los Programas Dinamización Deportiva (denominados dinamizadores deportivos) y El Ejercicio Te Cuida (denominados dinamizadores salud deportivos).

Previsiblemente, la apuesta decidida por la prevención y la coordinación de los recursos actuales ayudaría a realizar un abordaje más completo de los problemas de salud de las personas y a conseguir un mayor ahorro del coste sanitario, disminuyendo también esa elevada demanda.

En este punto cabe recordar el informe Lalonde (1974), que explicaba que los grupos de factores que determinan principalmente el estado de salud son:

- *El estilo de vida (alimentación, sexualidad, sedentarismo, tabaquismo, etc.).*
- *Factores bio-demográficos (genética, sexo, edad).*

- *Factores ambientales y ámbito social (contaminación, clima, clase social, profesión).*
- *Servicios de salud (accesibilidad, evolución técnica, infraestructura, etc.).*

Este informe llamaba la atención sobre la importancia de los estilos de vida, como grupo de mayor importancia, a la hora de condicionar la salud de las personas, mucho más allá de lo que lo hacían otros grupos, como los servicios de salud.

Por otra parte, decir que la salud es el tema que más interesa tanto a los españoles como a los extremeños en particular (el 41% de la población extremeña lo consideran el más interesante) según el barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo (Instituto Nacional de Estadística, 2006).

En la actualidad, una de las patologías que mayor atención está ocupando a los profesionales y administraciones públicas es la obesidad. En este sentido, la Encuesta Nacional de Salud (2006) pone de manifiesto la alta prevalencia de obesidad y su tendencia ascendente con la edad. Además, por otra parte, resulta conocida la mayor elevación de los índices de obesidad en los últimos años. Esto ha hecho que, tanto en España como en otros países, se le considere una verdadera epidemia. Las causas fundamentales son un ascenso significativo de los niveles de sedentarismo y una alimentación excesiva y poco saludable. Así un 18% de hombres y un 22% de mujeres no realizan actividad físico-deportiva alguna durante el tiempo libre. Por Comunidades Autónomas, País Vasco, Madrid, Cataluña y La Rioja son las que presentan los índices más bajos de obesidad entre mayores

de 20 años (11% aprox.) y Extremadura y Andalucía los más altos (18%).

El Estudio ENKID (Serra, García, Ribas y Pérez 2001; Serra y Aranceta, 2002), uno de los estudios más relevantes sobre la obesidad infantil y juvenil en España, estima en un 13,9% la prevalencia de obesidad y en un 12,4 % la de sobrepeso.

Si analizamos el perfil de los puestos de trabajo en Extremadura según la Encuesta Nacional de Salud, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2006; podemos observar que el 40,24% de las personas entrevistadas desarrollaban su trabajo de pie la mayor parte del tiempo, sin efectuar grandes esfuerzos, el 35,77% sentado la mayor parte de la jornada, el 15,95% caminando, llevando algún peso o realizando desplazamientos frecuentes sin grandes esfuerzos y el 8,04% realizan tareas que requieren gran esfuerzo.

Estos datos vienen a corroborar el perfil sedentario de los puestos de trabajo y la importancia de establecer medidas para restituir el equilibrio entre las calorías gastadas y las ingeridas.

Para paliar el sedentarismo y mejorar la salud, la Junta de Extremadura ha diseñado y puesto en marcha el Programa "El Ejercicio Te Cuida". Durante los 6 primeros meses de funcionamiento, 1.320 personas fueron evaluadas dando como resultado una mejora sobre el dolor y las cifras de tensión arterial. Además los niveles de depresión y ansiedad, descendieron un 24% respecto a los valores iniciales. También, el equilibrio mejoró, un 9%, lo que ha supuesto una reducción superior al 25% de las caídas. Uno de los datos más destacables es que se ha registrado una disminución media del 29% de las consultas médicas (Gusi, Herrera, Quesada, Cebrián, y Campón, 2008; Gusi, Reyes, González, Herrera y García, 2008).

Para profundizar en la problemática actual de la práctica de actividad físico-deportiva orientada a la salud, podemos indicar algunas observaciones, que dificultan su inclusión como hábito de vida:

- *Riesgo de inconsistencia en la actividad:* los pacientes son los que libremente realizan la práctica de actividad pero generalmente el grado de compromiso se suele reducir a los 15 días.
- *Dificultad para hacer un seguimiento:* la cantidad e intensidad de la práctica se evalúa basándonos en la opinión de los pacientes en el momento de la consulta y en las pruebas que se suministren.
- *Falta de información más precisa sobre los recursos municipales y regionales en materia de actividad físico-deportiva.*
- *Panorama conceptual confuso:* ¿es lo mismo deporte, ejercicio físico y actividad física?.
- *Es necesaria una mayor coordinación entre los profesionales de la actividad físico-deportiva y los facultativos del ámbito de la salud.*
- *Necesidad de convivir el modelo de actividad físico-deportiva con la finalidad de salud, con otros modelos.*
- *Nuevo perfil del paciente y necesidad de conocer sus motivaciones de cara a realizar recomendaciones de actividad físico-deportiva, más precisas.*

En cuanto al perfil de los pacientes que acuden a los Servicios Sanitarios se observa como éste ha variado en los últimos años:

Según Holman y Lorig (2000), "cuando los procesos agudos eran la principal causa de enfermedad, los pacientes generalmente eran inexpertos y pasivos receptores del conocimiento médico. Ahora que las enfermedades crónicas son el principal problema de salud, el paciente debe ser un agente colaborador activo del proceso".

Siguiendo los estudios del Grupo Calité (2000), Grupo de Estudios para la implantación de la calidad en las organizaciones, entre las demandas actuales de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios se encuentran:

- Mayores cauces de participación
- Confidencialidad de datos
- Necesidad de consentimiento informado
- Derecho a no ser informado
- Libre elección de especialistas
- Acceso a la historia clínica
- Derecho a negarse a un tratamiento
- Voluntades anticipadas
- Segunda opinión
- Conocer por su nombre a los profesionales
- Conocer la cualificación de los profesionales
- Información de resultados

En este punto, nos interesa conocer los motivos de no practicar actividades físico-deportivas de los potenciales usuarios de un programa de actividad físico-deportiva.

En este sentido, atendiendo a la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 del INE, entre los motivos de no practicar actividades físico-deportivas, podemos encontrar como principal factor la *falta de tiempo* (en las edades juveniles y adultas), tornando a la *falta de fuerza de voluntad* como el motivo más frecuente de no practicar actividad físico-deportiva en personas mayores. Esta tendencia se da en proporción similar tanto entre mujeres como en hombres.

Por otro lado, entre los factores que mejor predicen estos hábitos es el que los padres, madres o tutores hayan o no practicado y continúen o no practicando actividades físico-deportivas; así como la falta de tiempo libre para poder realizarlo (García Ferrando, 2006).

Estos aspectos vienen a corroborar la importancia del grupo y del profesional de la actividad físico-deportiva para garantizar la adherencia en un programa de actividad físico-deportiva.

## Panorama conceptual

Una de las dificultades con las que nos podemos encontrar es la confusión de conceptos. Para intentar superar esta dificultad comenzaremos aludiendo a varios términos importantes: actividad físico-deportiva como categoría principal y, ejercicio físico y deporte como subcategorías de la primera (Ruíz, Iglesias y Ferrer, 2005). Así, *actividad física* podríamos definirla como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que origina un consumo de energía. Por *ejercicio físico*, podemos entender una sub-categoría de la actividad física, que al ser planificada, estructurada y repetitiva, mantiene o mejora las funciones del organismo

y la forma física. De igual modo, es importante mencionar el concepto *deporte*, que sería aquel ejercicio físico realizado con unas reglas, practicado como juego o competición (con otras personas o de forma solitaria) y organizado a través de entidades (agrupaciones, federaciones, etc.). La determinación de una modalidad deportiva es competencia del Consejo Superior de Deportes. En nuestro artículo nos referiremos frecuentemente al término genérico de *actividad físico-deportiva*, que englobaría los conceptos anteriores, refiriéndose a todas aquellas manifestaciones motrices con objetivos de salud y alejadas del rendimiento meramente deportivo.

Otro concepto importante es el de *estilo de vida sedentario*. Se han realizado varios intentos para definirlo. El escollo principal reside en encontrar un criterio de dosis-respuesta, así como en el uso de herramientas sencillas para su evaluación. Es por ello que se hace más interesante entenderlo como un continuo. Podríamos orientar este concepto como la actitud mantenida de una persona hacia la realización de escaso ejercicio físico. Esta actitud le puede llevar a sufrir ciertos problemas de salud.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia define la *autonomía personal* como *la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*. De igual manera define como *dependencia* el *estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la falta o de la pérdida de*

*autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal*.

Por último en nuestro breve análisis conceptual hacemos alusión a las *actividades básicas de la vida diaria* (ABVD) que se definen como *las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas* (Ley 39/2006).

Debemos resaltar la importancia de la realización de la actividad físico-deportiva como agente de mejora y/o mantenimiento de las capacidades de realización de las actividades básicas de la vida diaria en personas con riesgo de dependencia.

## La importancia del trabajo en equipo

Uno de los aspectos principales que se encuentran los profesionales sanitarios, en relación con el tratamiento de muchos casos de enfermedades crónicas y degenerativas, es la consideración de la práctica de actividad físico-deportiva en el tratamiento pautado de esas enfermedades. Este hecho conlleva tomar decisiones como: variar la dosis farmacológica, cambios en la medicación, momento de administrarlo, contraindicaciones, etc. Un ejemplo lo encontramos en las personas diagnosticadas de hipertensión arterial; en ellas, los profesionales sanitarios deben tener en cuenta no sólo el tipo de práctica que realiza,

sino también cuándo la realiza, con qué periodicidad, a qué intensidad, desde cuándo y una serie de cuestiones de especial importancia que se deben tener en cuenta a la hora de prescribir ejercicio físico y/o práctica deportiva.

En ese momento, es evidente que la colaboración de los profesionales de la actividad físico-deportiva, dada su formación, puede ser una ayuda esencial para los profesionales sanitarios.

Otro aspecto que mencionábamos anteriormente es la necesidad de conocer los recursos comunitarios. Generalmente la relación de los profesionales sanitarios con los

profesionales del ámbito social es frecuente, más si cabe en determinados protocolos como, por ejemplo, el de detección de riesgos por malos tratos. Sin embargo, el conocimiento de la labor de los profesionales de la actividad físico-deportiva por parte de los profesionales sanitarios, y su coordinación, para un abordaje conjunto, no es tan frecuente y suele reducirse a la información que proporcionan los propios pacientes durante la consulta. Es aconsejable que los profesionales de la salud, del ámbito social y de la actividad físico-deportiva se relacionen entre sí y conozcan con la mayor precisión posible las características y recursos comunitarios:

- Aspectos demográficos de la zona
- Prevalencia de enfermedades crónicas
- Recursos sanitarios
- Recursos sociales, educativos, deportivos y otros
- Asociaciones de la zona
- Actividades de ocio, cultura y costumbres
- Profesionales que trabajan por la salud de la comunidad

En la medida en que conozcamos estos recursos de forma detallada, la coordinación entre ellos, la adherencia, la efectividad y la eficiencia del tratamiento serán mucho mayores. Un ejemplo de este tema lo tenemos en la importancia de precisar la información de los recursos existentes a los pacientes (Figura 2). Así, cuando un paciente acude a una consulta de atención primaria y se le recomienda hacer ejercicio físico (caminar, nadar, etc.), sin ninguna otra concreción, la imprecisión de esta recomendación puede hacer que el/la paciente comience esta tarea en los días sucesivos pero que abandone la práctica a las pocas semanas. Sin embargo, si se precisa al paciente que se cuenta con determinados recursos en la actividad físico-deportiva, impartido por profesionales, en unos horarios específicos, ayudará al paciente a estar más informado y a lograr una mayor respuesta al tratamiento. El grupo y la labor del profesional de la actividad físico-deportiva pueden lograr una mayor adherencia al programa.

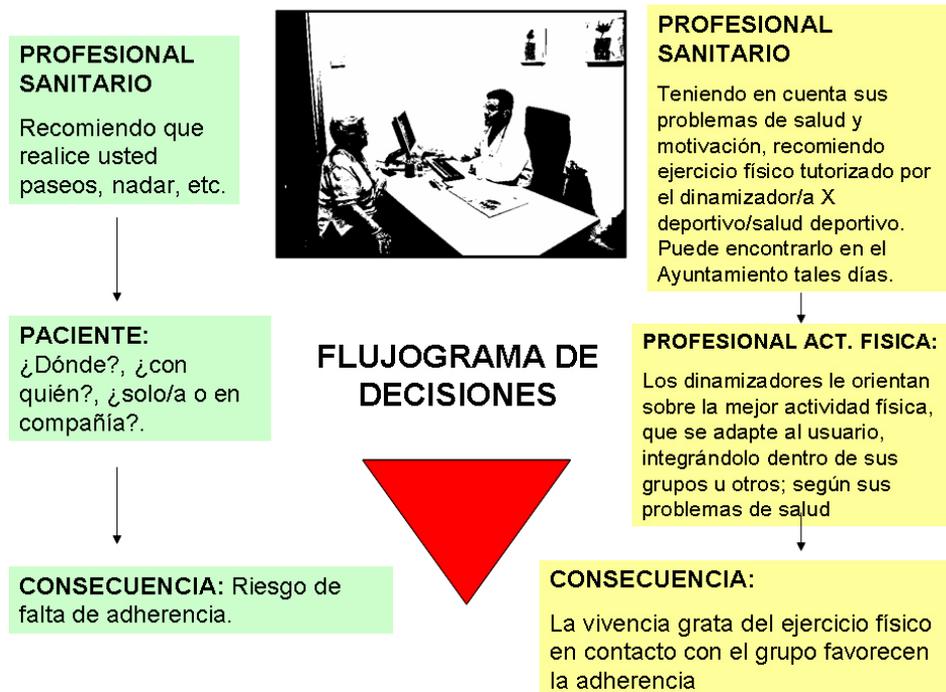


Figura 2: Posibles efectos de la mayor o menor concreción de la información ofrecida al paciente por parte de los facultativos.

En cuanto al ámbito social se refiere, es frecuente encontrarse, en las sesiones de actividad físico-deportiva, cierto rechazo y reticencias en el grupo respecto a una persona, dándose, en ocasiones, situaciones de conflictos que podrían ser evitables teniendo la información necesaria por parte del equipo multidisciplinar de su trayectoria vital. De igual manera, el grado de aceptación del grupo y la progresión en la participación de la actividad pueden ser elementos útiles para los profesionales del ámbito social, pues proporcionan más información del usuario/a. Otro ejemplo claro de la necesidad de cooperación mutua la encontramos en la imprecisión para poder individualizar el programa de actividad físico-deportiva debido a la falta de información del estado de salud de los usuarios. Así suele ser frecuente que un/a usuario/a llegue a la sesión y comente de forma somera que tiene hipertensión, sin precisar su grado ni la prescripción exacta que le ha realizado el facultativo. Aquí, la información de los profesionales sanitarios se hace esencial para los técnicos de la actividad físico-deportiva.

### Algunas acciones de coordinación sociosanitaria en la actividad físico- deportiva

La coordinación sociosanitaria es un proceso en aumento en Extremadura. Entre las acciones más destacadas a nivel regional podemos mencionar:

- Programa “El Ejercicio Te Cuida”: financiado y organizado conjuntamente por la Consejería Sanidad y Dependencia y la Consejería de los Jóvenes y del Deporte.
- Programa “Actividades participativas de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil”, dirigidas a Educación Primaria y Secundaria. Este programa se realiza desde 2005 y constituyen el punto álgido de diversas

acciones continuadas de promoción del ejercicio físico y de la alimentación saludable. Precisan de un gran esfuerzo de coordinación entre la Consejería de Sanidad y Dependencia y la Consejería de Educación, así como con otras entidades.

- Programa de dinamización deportiva, que destina parte de su labor a la prevención de la salud en personas mayores.
- Decreto de Piscinas de uso colectivo (publicado por la Consejería de Sanidad y Dependencia y la Consejería de los Jóvenes y del Deporte, gracias al cual, y junto a las Diputaciones, se desarrollan Planes de Adecuación).
- Ayudas económicas para proyectos de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud que contemplan multitud de actividades deportivas, promovidas por entidades sin ánimo de lucro. Estas ayudas se conceden desde la Consejería de Sanidad y Dependencia.
- Convivencia deportiva de mayores.
- Inclusión en la Escuela de Administración Pública de diversas actividades formativas como, por ejemplo, el curso de salud “Mejora tu salud de forma activa” y otros de promoción y educación para la salud que incluyen la práctica de actividad físico-deportiva como tema a abordar. Estos cursos están destinados a empleados públicos.
- Inclusión en la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, de talleres sobre actividad físico-deportiva en relación a la salud.
- Programa de balnearios municipales (SPA) y Plan de Cubiertas en instalaciones deportivas.
- Numerosos proyectos integrados en la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad).

- Plan Integral de la Actividad Física y del Deporte, con el establecimiento grupo de trabajo específico sobre salud.
- Servicio de Distribución de Materiales de Educación para la Salud, cuya relación es actualizada trimestralmente (Dirección Gral. Planificación, Ordenación y Coordinación de la Consejería de Sanidad y Dependencia).
- Actividades formativas a través de los centros de profesores y recursos (CPRs), planificadas y ejecutadas conjuntamente por la Consejería de Sanidad y Dependencia y la Consejería de Educación.

Un nuevo reto está en trasladar todas estas acciones de ámbito regional, a todos los niveles, especialmente a nivel local que es el nivel que más perciben los ciudadanos (algunas ya lo están, por ejemplo, desde 2006, el Servicio de Distribución de Materiales de Educación para la Salud).

De igual modo, se hace necesario un mayor conocimiento por parte de los profesionales de la actividad físico-deportiva de la gestión sanitaria, de los recursos existentes, así como un mayor acercamiento a los profesionales de la salud; mostrando su profesionalidad y en qué medida pueden ser útiles al Sistema Sanitario. Por otro lado, los profesionales sanitarios, especialmente en atención primaria, precisan conocer más profundamente los recursos comunitarios locales y orientar a los mismos sobre la mejor manera de coordinarse y ayudar a las personas.

Entre las acciones comentadas anteriormente destacamos la inclusión, dentro de los grupos de trabajo del Plan Integral de la Actividad Física y del Deporte (Figura 3), de un grupo destinado a la salud, donde se contempla la coordinación entre los profesionales de la actividad físico-deportiva y los del ámbito de la salud y una mayor formación, entre otros objetivos.

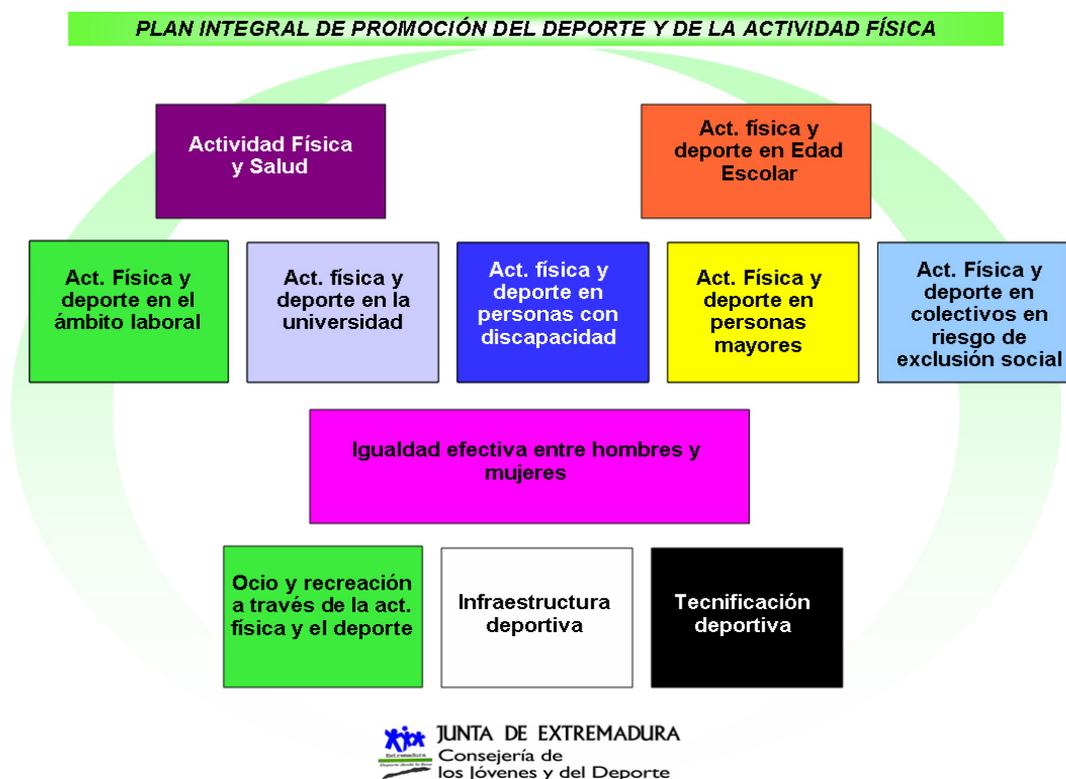


Figura 3: Grupos y áreas de trabajo del Plan Integral de la Promoción de la Actividad Física y del Deporte. Junta de Extremadura, 2009.

Dentro de los recursos locales más cercanos a la ciudadanía extremeña y potenciales de coordinación con los servicios sanitarios están los siguientes programas:

#### PROGRAMA EL EJERCICIO TE CUIDA

Entre las características de este programa se encuentran:

- Importancia en la evaluación de la tarea de los participantes
- Tres subprogramas: El Ejercicio Te cuida, El Ejercicio Te Activa y Muévete con nosotros.
- Nivel de intensidad medio-bajo, y mayoritariamente en espacios naturales. Caminar-actividades gimnásticas.
- Motivación de los usuarios: salud-recreación.
- Labor centrada en la monitorización de actividades.

Y dentro de las actividades más comunes, se encuentran entre otras:

- El Ejercicio Te Cuida (Mayores)
- El Ejercicio Te Activa (Adultos)
- Muévete con nosotros (Niños)

#### PROGRAMA DE DINAMIZACIÓN DEPORTIVA

Entre las características de este programa se encuentran:

- Importancia en la variedad y cantidad de actividades.
- Acogen toda la población desde niños a adultos mayores.
- Nivel de intensidad medio-alto.
- Motivación de los usuarios: educativos, salud, recreación.
- Tareas de gestión municipal, dinamización de asociaciones, organización de eventos, etc.
- Destinado a municipios con población menor de 20.000 habitantes.

Y dentro de las actividades más comunes se encuentran, entre otras:

- Clases de gimnasia de mantenimiento (adultos-mayores).
- Escuelas Deportivas Municipales (niños).

29

En Extremadura la coordinación de dinamizadores de salud deportivos con los profesionales del ámbito de la salud, deberá realizarse a través del conocimiento de la labor que desempeña cada uno (horarios, metodología, etc.) y de las acciones de coordinación (reuniones, encuentros, protocolos, etc.) que se establezcan entre los mismos para tener mayor información sobre la salud del paciente.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2007) en las conclusiones del estudio sobre la Promoción del Ejercicio Físico recomienda la práctica de actividad físico-deportiva individualizada para pacientes con diversos problemas de salud: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, hipertensión arterial, arteriopatía periférica, diabetes, colesterol elevado, obesidad, artrosis y depresión. El mismo estudio *recomienda al médico de familia prescribir un ejercicio con el que estos pacientes puedan disfrutar, aumente su confianza, ayude a desarrollar destrezas, que incorpore interacción social y se lleve a cabo en un ambiente que comprometa los aspectos psicológicos.*

## Conclusiones

El proceso de atención y coordinación sociosanitaria, actualmente en desarrollo en Extremadura y otras zonas, precisa la inclusión, de forma cada vez más palpable, de los profesionales de la actividad físico-deportiva por cuanto pueden realizar aportaciones valiosas dentro del equipo multidisciplinar. Además, a través de lo que le llega del resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) pueden diseñar e individualizar mejor la administración de ejercicio físico y/o práctica deportiva.

El panorama normativo favorece la participación de este profesional y constituye, por tanto, una vía importante hacia una atención y

coordinación sociosanitaria mucho más efectiva y eficiente.

Entre los retos a los que nos enfrentamos se encuentran: la formación de los profesionales del ámbito social y sanitario en relación con la práctica de actividad físico-deportiva, y la formación de los profesionales de la actividad físico-deportiva en relación con el proceso salud-enfermedad, la creación de protocolos de derivación interprofesionales y un mayor acercamiento de los diferentes profesionales, haciendo partícipes, e incluso integrando, a los técnicos de la actividad físico-deportiva dentro del equipo multidisciplinar sociosanitario.

## Referencias

- Consejería de Bienestar Social y Consejería Sanidad y Consumo (2006). *Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010*. Mérida. Junta de Extremadura.
- Consejería de los Jóvenes y Deporte (2009) *Plan Integral del Deporte en Extremadura*. Junta de Extremadura (inédito a fecha 25 mayo 2009).
- Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitarias en su modalidad Tipo Dos (T2) y se establece su Régimen Jurídico. *Diario Oficial de Extremadura*, 7, 831-842.
- García Ferrando, M. (2006). *Posmodernidad y Deporte: Entre la Individualización y la Masificación. Encuesta hábitos deportivos de los españoles 2005*. Madrid: CIS/Siglo XXI.
- Grupo Calité (2000). *Cuál es la mejor forma de informar a los pacientes para que puedan elegir responsablemente. Fondo de Investigaciones Sanitarias*. Ministerio de Sanidad.
- Guillem López i Casasnovas (1992). Reflexiones acerca de los problemas de equidad y suficiencia en la distribución de los recursos sanitarios: algunas consideraciones para la reforma de la financiación autonómica de la sanidad. *Hacienda Pública Española*, 123, p.97-106
- Gusi, N., Herrera, E., Quesada, F., Cebrián, C., y Campón, J. C. (2008). Physical activity programs for middle-aged and older adult. En 7th World Congress on Aging and Physical Activity (pp. 73-74). Japan: ISAPA.
- Gusi, N., Reyes, M. C., González, J. L., Herrera, E., García, J. M. (2008). Cost-utility of a walking programme form moderately depressed, obese or overweighted elderly women in primare care: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 8, 8-231.
- Holman H, Lorig K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320, 526-527.
- Instituto Nacional de Estadística (2006). *Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de demografía y Encuesta nacional sobre cultura y ocio*. Madrid. (Consultado el 23-02-2009). Disponible en <http://www.ine.es>

- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Wormation Canada.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, 44142 - 44156
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York.
- Ruiz, E., Iglesias, M. E., y Ferrer, J. L. (2005). *Prevención de la Obesidad y la Diabetes Mellitus tipo 2*. Documentos de Apoyo a las Actividades de Educación para la Salud. Documento 1. Consejería de Sanidad y Consumo. Mérida.
- Serra Majem, L., Aranceta Bartrina, J. (2002). *Alimentación infantil y juvenil. Estudio ENKID. Vol. 3*. Barcelona: Masson.
- Serra Majem, L., García Closas, R., Ribas, L., Pérez Rodrigo, C., Aranceta, J. (2001). Food patterns of Spanish schoolchildren and adolescents: the ENKID study. *Public Health Nutrition*, 4, (6a):1433-1438.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2007). *Estudio sobre promoción del ejercicio físico*. Madrid. (Consultado el 13/03/2009). Disponible en [http://www.mujierydeporte.org/documentos/docs/Estudio%20sobre\\_2007.pdf](http://www.mujierydeporte.org/documentos/docs/Estudio%20sobre_2007.pdf).

Referencia del artículo:



Blázquez, A., Gutiérrez, J. M., y Ruíz, E. (2009). La figura del profesional de la actividad físico-deportiva como miembro de los equipos de atención sociosanitaria en Extremadura. *E-balonmano.com: Revista de Ciencias del Deporte*, 5(1), 19 - 31. Extraído desde [www.e-balonmano.com/revista/v5n1/v5-n1-a2.pdf](http://www.e-balonmano.com/revista/v5n1/v5-n1-a2.pdf)